BORINQUEN MEDICAL CENTERS

FORMULARIO DE REGISTRO

FECHA: _____ MR #: _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ NUMERO DE SEGURIDAD SOCIAL _____

ORIGEN RACIAL: _____ IDIOMA: _____

CORRE ELECTRONICO: _____

DIRECCION: _____

CIUDAD: ESTADO: CÓDIGO POSTAL:

INFORMACION DEL PADRE/ TUTORA LEGAL

NOMBRE: _____ RelaCION CON LA/EL PACIENTE: _____

NUMERO DE TELEFONO DE CASA: _____ NUMERO CELULAR: _____

_____ _____

Nombre del contacto de emergencia Numero de contacto de emergencia

INFORMACION DEL SEGURO

Actualmente el/la paciente tiene (por favor marque una/uno)

- seguro de enfermedad ____
- Seguro medico del estado ____
- Seguro Privado ____
- Auto pago ____

Nombre del seguro _____

Nombre de poliza: _____ Numero de grupo: _____

Fecha efectiva _____ Fecha de vencimiento _____

Determinacion de la clase financier: (Iniciales en la clasificacion)

___ A ___ B ___ C ___ D ___ E

_____ _____

Firma del Padre/Tutor legal Fecha